

Brookdale University Hospital and Medical Center

Formulaire de demande pour une aide financière

Compte du patient/de la patiente N° : _____ Dossier médical N° : _____

Nom du patient/de la patiente _____, _____ Date de naissance : ____/____/____
Nom de famille Prénom Initiale du deuxième prénom Mois Jour Année

Adresse _____ Numéro de téléphone : _____
Numéro, rue, appartement N° Ville État Code postal

Nom de l'employeur : _____ Adresse de l'employeur : _____

Numéro de téléphone : _____ Profession : _____ Adresse e-mail : _____

Revenu : Indiquez le revenu combiné pour vous-même, votre conjoint(e), et tous les autres membres de votre foyer provenant de :

Source de revenu mensuel brut	Revenu du patient/de la patiente	Revenu du conjoint/de la conjointe
Salaire / Revenu de travail autonome		
Allocations-chômage		
Prestations de sécurité sociale		
Retraite		
Prestations d'invalidité/Indemnités pour accidents du travail		
Pension alimentaire		
Dividendes/intérêts/locations		
Tous autres revenus		
Total		

Comme condition à l'aide financière, vous devez fournir des preuves de revenu/ressources, c'est-à-dire : 1) Formulaire 1040 {Déclaration d'impôt individuelle américaine} 2) Talons de chèques de paie 3) Autre documentation exigée pour justifier le revenu de votre foyer

Taille de votre famille : _____ Établissez une liste des membres de votre famille vivant chez vous

NOM	ÂGE	LIEN DE PARENTÉ
1.		
2.		
3.		

*REMARQUE : Veuillez joindre une autre feuille si vous avez besoin de plus d'espace

Je comprends, par la présente, que les informations que je sou mets concernant mon revenu brut et la taille de ma famille puissent faire l'objet d'une vérification de la part de l'hôpital. Je comprends également que s'il est déterminé que les informations que je sou mets sont fausses, la détermination en question entraînera le refus de l'aide financière et je serai tenu(e) comme responsable pour tous les frais des prestations fournies. Si une approbation avait été reçue sur la base des mêmes informations, la détermination d'éligibilité sera révoquée et je serai tenu(e) comme responsable pour tous les frais des prestations fournies.

J'affirme que, à ma connaissance, les informations ci-dessus sont authentiques, complètes et correctes. En outre, j'accorde, par la présente, ma permission au Brookdale University Hospital and Medical Center de vérifier toute information pertinente à la présente application.

Signature du demandeur/de la demanderesse : _____

Date _____

Écrivez votre nom en lettre majuscules : _____

Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide pour compléter ce formulaire de demande, appelez le bureau de financement (Financial Office) au (718) 240 - 5240.

Si vous avez reçu une ou des factures de l'hôpital, cochez ici : ____ Vous n'êtes pas tenu(e) de verser de paiement à l'hôpital tant que vous n'avez pas reçu une lettre de l'hôpital stipulant sa décision par rapport à votre demande.

Veuillez envoyer le formulaire rempli et les pièces jointes à : Brookdale University Hospital and Medical Center/ Attn: Financial Investigations Office/ 1 Brookdale Plaza / Fourth Floor - Snapper Building / Brooklyn, NY 11212